

Znaczenie dokumentacji medycznej w orzecznictwie korporacyjnym

Przedrukowano z: *Pomorski Magazyn Lekarski* 2006; 10: 6–7.

Ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentysty (art. 41) nakłada na lekarza obowiązek prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta, zaś zgodnie z art. 28 Kodeksu Etyki Lekarskiej lekarz musi czuwać nad prawidłowym prowadzeniem dokumentacji lekarskiej oraz zabezpieczeniem przed jej ujawnieniem. Natomiast Rozporządzenie Ministra Zdrowia (Dz.U. nr 83, poz. 930) wydane na podstawie ustawy o zawodzie lekarza definiuje indywidualną dokumentację medyczną jako zbiór dokumentów medycznych zawierających dane i informacje medyczne dotyczące stanu zdrowia pacjenta oraz udzielanych świadczeń zdrowotnych.

Dokumentem medycznym jest każdy fizycznie wyodrębniony nośnik informacji zawierający oznaczenie pacjenta, lekarza sporządzającego dokumentację i datę jej sporządzenia, informację o stanie zdrowia pacjenta i udzielanych mu świadczeniach zdrowotnych. Dokumentacja powinna być prowadzona w formie pisemnej, a dopuszczone wprowadzenie komputerowych nośników informacji musi spełniać wymogi dotyczące selektywności dostępu, zabezpieczenia przed zniszczeniem, sporządzania i przechowywania podpisanych przez lekarza druków.

Dokumentację indywidualną dzieli się na: wewnętrzną — prowadzoną na potrzeby zakładu, którą stanowi historia choroby; zewnętrzną — prowadzoną na potrzeby pacjenta — i są to skierowania do szpitala, na konsultacje, zaświadczenia, orzeczenia, opinie lekarskie, karty informacyjne z leczenia szpitalnego.

W dokumentacji indywidualnej wewnętrznej dokonuje się wpisu o wydaniu dokumentacji zewnętrznej lub załącza się jej kopię. Dokumentację należy prowadzić czytelnie, kolejne wpisy sporządza się w porządku chronologicznym, zaznaczając koniec każdego wpisu, który powinien się kończyć podpisaniem przez osobę sporządzającą wraz z podaniem danych identyfikacyjnych. Wpis nie może być usunięty z dokumentacji, a jeśli został dokonany błędnie, należy go skreślić oraz zaopatrzyć datą skreślenia i podpisem. Na historię choroby pacjenta poza jej formularzem składają się karty: indywidualnej pielęgnacji, obserwacji, gorączkowa, zleceń lekarskich, znieczulenia oraz wyniki badań diagnostycznych, konsultacje. Dokumentacja indywidualna wewnętrzna jest udostępniana na wniosek pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego lub osoby upoważnionej. Dokumentację

dr n. med. Józefa Przeździak

Zastępca Rzecznika
Odpowiedzialności Zawodowej
OIL w Gdańsku

”

Zgodnie z art. 28 Kodeksu Etyki Lekarskiej lekarz musi czuwać nad prawidłowym prowadzeniem dokumentacji lekarskiej oraz zabezpieczeniem przed jej ujawnieniem

”

Dokumentację należy prowadzić czytelnie

Copyright © 2007 Via Medica
ISSN 1897–3590



**Dokumentacja
medyczna może być
dokumentem obrony
lub oskarżenia nie tylko
przed sądem lekarskim,
ale i przed sądami
powszechnymi**



**Każde zaświadczenie
lekarskie lub inny
dokument powinny
umożliwiać
identyfikację lekarza,
który go wystawił**

zbiorczą, zgodnie z przywołanym rozporządzeniem, udostępnia się pacjentowi jedynie w „zakresie wpisów dotyczących pacjenta”. Z orzeczeń Naczelnego Sądu Administracyjnego wynika, że nie ma ograniczeń do uzyskania danych, które nie znalazły odzwierciedlenia w indywidualnej dokumentacji, jak na przykład raporty lekarskie, pielęgniarskie, księgi chorych, zabiegów, bloku operacyjnego, pracowni diagnostycznych. Udostępnianie dokumentacji wewnętrznej pacjenta organom i podmiotom uprawnionym na podstawie odrębnych przepisów prokuratury, sądów powszechnych, okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej i sądów lekarskich następuje na podstawie decyzji kierownika placówki medycznej w trybie zapewniającym poufność i ochronę danych osobowych. Tak więc obowiązek prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej przez lekarzy wynika z przepisów prawa i przestrzegania zasad etyki oraz deontologii, zawartych w Kodeksie Etyki Lekarskiej.

W orzecznictwie korporacyjnym dokumentacja medyczna jest jednym z podstawowych pisanych dowodów służących do odpowiedzi na pytanie, czy postępowanie lekarza było prawidłowe, czy nie popełnił błędu, względnie nie naruszył praw pacjenta. Dokumentacja medyczna może być zatem dokumentem obrony lub oskarżenia nie tylko przed sądem lekarskim, ale i przed sądami powszechnymi.

Moi nauczyciele, Mistrzowie zawodu, mówili: „dokumentacja medyczna jest wizytówką lekarza i jego miejsca pracy”, przy czym nie chodzi tu tylko o stronę estetyczną dokumentu, ale o jakość, kompetentność, rzetelność i precyzję dokonanych zapisów. Niestety, zdarza się, że zawarte w dokumentacji uchybienia sprawiają, iż jest ona bezwartościowa.

Do uchybień z jakimi najczęściej spotykamy się w dokumentacji, należy przede wszystkim jej nieczytelne prowadzenie. Dość powszechnym problemem jest pisanie dokumentów tak zwanym lekarskim charakterem

pisma, co powoduje, że z odczytaniem ma trudności nie tylko rzecznik, ale i sam autor, jeżeli uda się go ustalić. Niekiedy brak przy przyjęciu chorego do szpitala wpisu wstępnej diagnozy, wydania pierwszych zaleceń oraz podpisu lekarza dyżurnego. W dalszym przebiegu leczenia często nie można ustalić nazwiska lekarza odpowiedzialnego za prowadzenie chorego. Wpisów w historii choroby dokonują różne osoby, podpisy są nieczytelne i brakuje pieczętki. Tymczasem w art. 40 KEL czytamy: „każde zaświadczenie lekarskie lub inny dokument powinny umożliwiać identyfikację lekarza, który go wystawił”.

Następnym problemem jest wiarygodność, rzetelność i zgodność dokumentacji ze stanem faktycznym, z tym, co wie pacjent i jego rodzina.

Zdarza się, że w przypadku zawinionych i niezawinionych negatywnych skutków postępowania diagnostycznego lub leczniczego brakuje o tym fakcie wpisu do historii choroby, nie zostały one uwzględnione w rozpoznaniu, w karcie informacyjnej, a także nie poinformowano chorego o zaistniałym fakcie, chociaż o takim obowiązku mówi art. 21 KEL.

U pacjentki podczas zabiegu operacyjnego usunięcia przydatków doszło do przecięcia moczowodu. Operator zgodnie z obowiązującymi zasadami dokonał rekonstrukcji moczowodu i odnotował ten fakt w opisie zabiegu operacyjnego. W historii choroby i w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego pominięto rozpoznanie powikłania, a pacjentki nie poinformowano o zdarzeniu. Kontrolę zalecono nie w poradni urologicznej, a w poradni chirurgicznej, gdzie nadzór nad dalszym przebiegiem pooperacyjnym miał pełnić chirurg asystujący do zabiegu. Powodem złożenia skargi było w ocenie skarżącej popełnienie błędu lekarskiego, który starano się ukryć. Rozmowa z pacjentką, wyjaśnienie przyczyny i ewentualnych skutków zdarzającego się niezawinionego powikłania pozwoliłyby na uniknięcie postawienia lekarzowi zarzutu postępowania sprzecznego

z art. 21 KEL i z art. 1 pkt 3 postępowania podważającego zaufanie do zawodu.

Jednym z podstawowych problemów jest także uzyskiwanie zgody na leczenie. Po wszechnie przyjmuje się, że zgoda na piśmie jest konieczna w przypadku każdego zabiegu chirurgicznego, leczenia psychiatrycznego oraz tych metod leczenia, które są związane z ryzykiem wystąpienia poważnych powikłań lub efektów ubocznych. Możliwe jest wyrażenie zgody ustnie lub przez domniemanie, a także przez podjęcie decyzji przez zespół lekarzy. Podpisanie zgody powinno być wynikiem rozmowy z chorym, a podpisany dokument musi spełniać wymogi określone przepisami prawnymi. Powinien zawierać informację o rozpoznaniu, celu zabiegu, jego przebiegu, oczekiwanych efekcie, możliwych do przewidzenia powikłaniach i negatywnych skutkach (art. 34, ust. 1, 2 ustawy o zawodzie lekarza, art. 13 i 15 KEL). Każde podjęcie działań bez zgody pacjenta należy dobrze uzasadnić i odnotować w dokumentacji. Taka sytuacja miała miejsce w przypadku zgonu pacjenta, który, jak wykazała sekcja, zmarł z powodu zapalenia otrzewnej i wstrząsu w następstwie uszkodzenia jelita. Do pacjenta 2-krotnie w ciągu doby wzywano pogotowie ratunkowe z powodu urazu zadanego nożem w okolicę krocza. Lekarze stwierdzili niekrwawiącą ranę ciętą skóry moszny i przewidując ewentualne uszkodzenie narządów, uznali za konieczne przewiezienie pacjenta do szpitala. Pacjent był w pełni świadomy, poinformowano go o aktualnym stanie zdrowia i wynikających z tego ewentualnych zagrożeniach. Za każdym razem odmawiał przewiezienia do szpitala, co udokumentowano. Już w stanie zagrożenia życia przewieziono go do szpitala na podstawie decyzji lekarzy i operowano bez pozytywnego skutku. Prokurator wniósł o wszczęcie postępowania dyscyplinarnego przeciwko lekarzom pogotowia ratunkowego, pod zarzutem, że działali w sposób niedostatecznie skuteczny przy uznaniu wskazań do leczenia szpitalnego. Rzecznik, umarżając po-

stępowanie, wskazał na to, że pacjenta poinformowano o konieczności leczenia szpitalnego, ale nie wyrażał on zgody na przewiezienie do szpitala. Lekarze byli zobowiązani do uznania prawa pacjenta do takiej decyzji i nie mogli przeciwstawić się jego woli.

Ważną sprawą jest dokładne dokumentowanie konsultacji specjalistycznych z podaniem daty, godziny oraz podpisem i pieczęcią lekarza (art. 54 KEL). Ma to znaczenie w przypadkach zarzutu opóźnienia leczenia — na przykład operacyjnego.

Wiele zastrzeżeń budzi nadal dokumentacja w pozaszpitalnych placówkach medycznych. Zdarza się, że jest ona sporządzana na żądanie uprawnionych organów, wpisy są lakoniczne, nie wnoszące, jak na przykład — porada, rp. Z katalogu Praw Pacjenta wynika prawo pacjenta do udostępnienia jemu lub wskazanej przez niego osobie dokumentacji medycznej. Nieprawidłowo prowadzona dokumentacja staje się podstawą do wniesienia skargi.

Zgodnie z art. 28 KEL dokumentacja lekarska powinna zawierać wyłącznie informacje ważne dla postępowania lekarskiego. Zdarza się, że dokumentacja zawiera informacje zbędne, czasem określenia obraźliwe, niekiedy traktowane przez pacjenta i jego opiekunów jako naruszające ich godność. Powodem takich zachowań zarówno ze strony pacjenta, jak i lekarzy są trudności, jakie stworzyła reforma zdrowia, narzucając lekarzowi działania sprzeczne z art. 6 i 11 KEL.

Rozpatrywanie skarg przy braku dokumentacji stwarza liczne wątpliwości, które tylko wyjątkowo mogą być rozstrzygnięte na korzyść lekarza. W przypadku niepomysłnego przebiegu leczenia, niepomysłnego rokowania oraz w razie konfliktu z chorym nawet najlepsze porozumienie może się zmienić w ciąg oskarżeń. Nawet jeśli oskarżenia pacjenta są absurdalne, trzeba przedstawić dowody właściwego postępowania lekarza. Najlepszym dowodem jest prawidłowo prowadzona dokumentacja.



Każde podjęcie działań bez zgody pacjenta należy dobrze uzasadnić i odnotować w dokumentacji



Ważną sprawą jest dokładne dokumentowanie konsultacji specjalistycznych